(Biblioteka Umiejętności Lekarskich).

Nr. 7. Warszawa, d. 3 (15) Sierpnia 1874 r. ROK II.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA LEKARSKA.

POŚWIĘCONE PRZEGLĄDOWI NOWYCH DZIEŁ I CZASOPISM.

DODATEK BEZPŁATNY

dla prenumeratorów Biblioteki Umiejętności Lekarskich i Przeglądu Postępu Nauk Lekarskich z Gazetą Lekarską.

KRYTYKA.

Anatomie und operative Behandlung der Gebärmutter-und Scheidenvorfälle; von Dr. Wilhelm Hüffell, Assistent an Freiburg, nebst einem Vorwort von Prof. A. Hegar Freiburg. 1873.

Zachowanie się kiszki stolcowéj i tylnéj fałdy otrzewnéj kreśli autor w następny sposób: wypuklenia kiszki stolcowéj (*rectocele* albo raczéj *proctocele*) rzadsze są od wypukleń pęcherza (*Cystocele*); opadnięcie kiszki stolcowéj także bywa rzadkie. Tylna fałda otrzewnéj może się wcisnąć w światło kiszki stolcowéj i ostatecznie znaleść się w opadniętéj kiszce stolcowéj (*Hernia rectalis*); jako zawartość worka przepuklinowego 2 razy znaleziono dno macicy (*fundus uteri*). Jeżeli macica pierwotnie się obniżyła, to także tylna fałda otrzewnéj bywa ściągniętą i dochodzi wtedy do zewnętrznego otworu ust macicznych. Jeżeli sklepienie pochwowe opadnie aż do ust macicznych, za niem postępuje także i otrzewna. Gdy przegroda odbytniczo—pochwowa (*septum recto—vaginalae*) przy zwiększającem się opadnięciu coraz bardziéj się obniża, to przy dalszym rozwoju przednia ściana kiszki stolcowéj, na większéj przestrzeni niż zwykle otrzewną bywa pokryta. Jeżeli tylna fałda otrzewnéj nie sięga do sklepienia pochwowego na macicy, to nadpochwowa część szyjki macicznéj nienormalnie jest wydłużona i zarazem z pokrywającą częścią otrzewnéj zrosła. Jeżeli zaś otrzewna ulega pierwotnie wymiéjscowieniu, to powstaje wydłużenie przestrzeni D o u g l a s'a nawet bez znacznego opadnięcia macicy (*Hernia vaginalis posterior*).

Przy opisaniu z m i a n m a c i c y p o d w z g l ę d e m f o r m y, p o ł o ż e n i a, w i e l k o ś c i i b u d o w y miesza autor opadnięcie macicy i wydłużenie szyjki maciczńéj, gdy mówi (p. 26): „Część nadpochwowa macicy doznaje prawie we wszystkich o p a d n i ę c i a c h macicy znacznego wydłużenia, które najczęściéj współcześnie ze zgrubieniem tejże bywa połączone. C i a ł o p o z o s t a j e p r z y t e m n i e k i e d y w z w y k ł e m s w e m p o ł o ż e n i u; część zaś pochwowa ulega wymiejscowieniu etc.“ Gdzie ciało macicy zajmuje zwykłe swe miejsce, tam nie ma żadnego opadnięcia macicy i tego rodzaju wypadki stanowią proste wydłużenia szyjki maciczńéj!—Część pochwowa albo jest odosobniona, albo też ulega znacznemu przerostowi, zarówno w wymiarze poprzecznym jak i podłużnym; w rzadszych jednak wypadkach przy dłużéj trwającem opadnięciu macicy, część pochwowa prawie zupełnie może ulegać zanikowi, gdy tymczasem przez ciągnienie napiętego przyczepienia pochwy błona śluzowa szyjki zostaje kielichowato zawiniętą ku zewnątrz, przez co ta część pochwy powoli ulega zanikowi. Owrzodzenie opadniętéj części pochwowéj i zgrubienie błony śluzowéj pochwy są znane. Uwagi autora o p o ł o ż e n i u p r z y d a t k o w y c h c z ę ś c i m a c i c y, o t r z e w i a c h m i e s z c z ą c y c h s i ę w b r z u c h u i m i e d n i c y nie zawierają nic nowego.

G ł ó w n y d z i a ł traktuje o 5-ciu metodach operacyjnych używanych dotąd przez Hegar'a Przy każdéj z nich rozróżnia autor 3 akty: obnażenie miejsca które ma być operowaném, odswieżenie i wygładzenie brzegów rany, wreszcie szew.

1. Od P e r i n o - auxesis odróżnia autor p r o s t ą f o r m ę przy nie zbyt wielkich opadnięciach z powikłaniami. Przy pomocy 4—5 asystentów po obnażeniu i napięciu miejsca będącego przedmiotem operacyi zakłada Hegar Amerykańskie cążki kulkowe lub haczyk na linii pośrodkowéj t y l n é j ściany pochwy 5—6 Ctmtr. od wejścia, lub na 3—4 Ctmtr. poniżéj części pochwowéj, ściąga wspomnione miejsce o ile to jest możliwem ku wejściu do pochwy, a równocześnie ku przodowi i ku górze do spojenia łonowego. Dwa inne cążki lub haczyki zakładają się przy wejściu w bocznych częściach tylnéj ściany pochwy w bliskości tylnego spoidła (*commissura posterior*), pociągane są na zewnątrz i ku dołowi. Tym sposobem przed częściami płciowemi wykrój kolisty zostaje napięty, który nam przedstawia postać mającego się wyciąć płata. W wspomnionym powyżéj kierunku za pomocą brzuszkowatego bistura dokonywają się naprzód boczne cięcia, zaczynając od wierzchołka wycięcia kolistego, poczem wierzchołek tenże oddzielamy od spodu ujmując go szczypczykami. Gdy już koniec górny dostatecznie został oddzielony, można go wtedy ująć palcami i odciągnąć. Po odpreparowaniu płata do połowy, prowadzimy łukowate cięcie wzdłuż tylnego spoidła, i oddzielamy wtedy płat całkowicie, przyczém 1 lub 2 palce wprowadzamy do kiszki stolcowéj. Wyrównanie brzegów rany dopełnia się nożyczkami Cooper'a. Do szwu używa Hegar półksiężycowato zgię-

tych igieł rozmaitéj wielkości i najczęściéj srebrnego drutu lub z nowego srebra a tylko do właściwego szwu spajającego, delikatnego jedwabiu. Zakładanie szwu rozpoczyna się od wierzchołka rany, przyczem cążki lub haczyki mniej bywają ściągane niż przy cięciu. Głównym warunkiem do bezpośredniego zagajania się (*prima intentio*) jest nakłówanie całéj podstawy rany i odpowiednich punktów po obu stronach nacięcia. Po nałożeniu 2—3 szwów głęboko sięgających, można je za pomocą drucika zacisnąć. Jeżeli górna część rany została połączoną, tu postępujemy daléj używając naprzemian szwów głębokich i powierzchownych; przy szwach nakładanych bliżéj podstawy, igła służąca do nałożenia głębokiego szwu nie powinna być przeprowadzana pod samo dno rany; wkłuwamy przez sam środek rany i wyprowadzamy igłę blisko brzegu. Ostatnie szwy stanowią właściwe szwy spajające (*Dammnähte*), które się zakładają na brzegach rany, mające stanowić podstawę i które po ich złączeniu, przedstawiają przedłużenie szwu spajającego; nie powinny być zbyt głębokie. Gdy pochwa oczyszczoną została przestrzykiwaniem wody chlorowej, rany nie nie należy poruszać aż do czasu zdjęcia szwów. Naprzód oddalamy szwy spajające (6—8 dnia, szwy jedwabne nawet wcześniéj); szwy pochwowe pozostają 12—14 a niekiedy 21 dni. 3-go lub 5-go dnia zadajemy środek czyszczący. Powikłane wypadki pochodzą od większych opadnięć i zwiotczałéj pochwy; pole operacyjne nie może tu być odrazu wyciągniętem na zewnątrz i naprężonem, lecz należy wykonać operacyę w kilku posiedzeniach.

II. Przy opadnięciu obu ścian pochwy prócz powyższéj operacyi dokonywane bywa jeszcze zeszycie pochwy przednie (*Elytrorrhaphia anterior*). Za pomocą 3 cążków kulkowych lub haczyków opatrzonych podwójnemi ząbkami przednia ściana pochwy do wchodu tejże tak bywa ściągniętą, że pole operowania prawie pionowo przed operatorem się przedstawia. Po uniesieniu tylnej ściany pochwy za pomocą szerokiego wziernika Sims'a, ujmuje się cążkami środkowy punkt na przedniej ścianie pochwy leżący na 1—2 Ctmtr. od części pochwowéj i ściąga ku dołowi do wchodu pochwy. Dwoje pozostałych cążków zakładają się w ścianę pochwy na 1—2 Ctmtr. od wejścia do pochwy (*introitus vaginae*) i obustronnie bywają ściągane w okolicę pachwinową. Następnie przeprowadza się cięcie liptyczne którego tylny koniec sięga do sklepienia pochwowego na 1—2 Ctmtr. od części pochwowéj, a koniec przedni znajduje się na $1^1/_2$—2 Ctmtr. od zewnętrznego otworu cewki moczowéj. Po ukończeniu cięć kolistych ujmujemy płata części górnéj i oddzielamy jak powyżéj. Następnie wyrównywamy powierzchnię rany, zakładamy szew, poczem obie połowy odpowiednio muszą przystawać. Leczenie następcze jest jak powyżéj; szwy najczęściéj już 8—10 dnia mogą być zdjęte. Przy opadniętéj macicy operacya wykonywa na zewnątrz części płciowych i dopiero po założeniu szwu uskutecznia się odprowadzenie (*repositio*).

III i IV. Zeszycie pochwy boczne podwójne i tylne (*Elytrorrhaphia lateralis duplex et posterior*) było kilka razy wykonane, nie osiągnięto jednak zupełnego skutku, tak że jedna z powyższych operacyj współcześnie lub późniéj musiała być przedsięwziętą.

V. Wycięcie szyjki macicznéj (*excisio colli uteri*) nie może być zastąpione ani pierwszą, ani też drugą powyżéj wspomnianą operacyą, gdyż często pomimo szczęśliwie wykonanej operacyi macica znowu opada, z powodu nadmiernego przerostu szyjki. Gdy ta ostatnia w zwykły sposób została obnażoną, operator ujmuje przednią wargę cążkami Muzeu'go i ściąga ją do wchodu pochwy; potem przeprowadza się cięcie koliste około podstawy części pochwowéj, tymczasem ostrze brzuszkowatego bistura lub nożyka fistułowego stosownie zgiętego przykładamy w dolnej ścianie części pochwowej i prowadzimy cięcie na granicy sklepienia pochwowego po ścianie przedniéj ku górze. Następnie ujmuje się tylna warga i przeprowadza cięcie na tylnej ścianie części pochwowéj, również więcéj przy nasadzie sklepienia pochwowego, przy zachowaniu koniecznéj ostrożności. Po ukończeniu cięcia ograniczającego zaczynamy wycięcie, przyczem głębiéj sięgające cięcia dokonywają się nie pod kątem prostym do końca obojczyka, tylko ukośnie z dołu i od zewnątrz ku górze i na wewnątrz; tym sposobem zostaje wycięty kawałek klinowaty lub stożkowaty, którego część górna w nad pochwowéj części szyjki przypada. Zaraz albo też po częściowem wycięciu nałożony szew odpowiada właściwie zalecanemu przez Sims'a ujęciu błony śluzowéj kanału szyjki macicznéj i połączeniu jéj z błoną śluzową nasady pochwy. Nakłówamy igłą środek przekłótéj ściany części pochwowéj i znów obok wkłówamy, aby następnie przeprowadzić przez błonę śluzową. Przy złączeniu brzeg zewnętrzny z wewnętrznym bardzo dobrze się schodzą. W ogólności nakładamy 8—12 szwów. Po operacyi zaleca przepłukanie wodą chlorową, spokojne leżenie na krzyżu i przez 4—5 dni ścisłą dyetę; szwy oddalają się 8—10 dnia. Spiegelberg uważa tę metodę operacyjną za nieodpowiednią we wszystkich wypadkach, i w ogóle nie mającą wielkiéj wartości, gdyż szczątek szyjki jeszcze bardziéj oddala się od sklepienia pochwy, aniżeli przy podłużnem linearnem odjęciu. Tak świetne rezultaty operacyjne, które tu Hüffell podaje, należy tylko przypisać zręczności i troskliwości Hegar'a. Życzyć jednak należy aby pacyentki dłużéj były obserwowane, ażeby się można późniéj dowiedzieć, czy osiągnięte skutki pozostały trwałemi na całe życie czy też na pewien tylko i jak długi przeciąg czasu. *K.*

Compendium der physiologischen Optik *Für Mediciner und Physiker bearbeitet von Dr. H. Kaiser, grossh. hess. M-R. und Kreisarzt zu Dieburg. Wiesbaden 1872.*

Książka ta zapełnia oddawna już dający się uczuć niedostatek w literaturze oftalmologicznéj, gdy powszechnie znane obszerne dzieło Helmholtz'a zaledwo rozeszło się między lekarzami, a podręczniki fizyki lekarskiéj nie mogą przedstawić téj części z należytą dokładnością. Prócz

ego, jest to z korzyścia dla autorów piszących o oftalmologii, że się mogą odsyłać do wspomnionego dzieła, które dostatecznie odziela część czysto leczniczą od fizyologicznéj. Dzieło to rozpada się na 2 wielkie działy. Pierwszy (p. 1—132) traktuje o przyrządzie wzroku, a zatem o biegu promieni światła, wymierzaniu powierzchni łamiących, o nastawianiu się oka (*acomodatio*), o zboczeniach od idealnego szematu, i o błędach optycznych tegoż. Drugi dział mówi o świetle i kolorach, o siatkówce, o rozpoznawaniu przedmiotów o poruszeniach gałek ocznych, o sposobie widzenia w ogólności i zakończa teorycznie o tworzeniu się obrazów i stereoskopii.

Autor przeznaczył swą książkę zarówno dla lekarzy, jak i fizyków, i starał się dojść do tego celu przedstawieniem wyników badań, i do każdego pojedyńczego rozdziału „dla objaśnienia" dołączył udowodnienie matematyczne. Łatwo pojmujemy, że ta ostatnia wymaga ściśléj znajomości geometryi analitycznéj i wyższych rachunków, jakkolwiek autor starał się, o ile to było możliwem, podać proste zasadnicze rozwiązanie.

Wydanie powyższe jest staranne, a szczególniéj zaleca się wyborny spis rzeczy. *G.*

Jahresbericht über Varwaltung des Medicinalwesens, *die Krankenanstalten und die öffentlichen Gesundheitsverhältnisse der Stadt Frankfurt a. M; herausgegeben von dem aerztlichen Verein. Frankfurt a. M. 1871 bis 1873.*

Układ zewnętrzny powyższych sprawozdań rocznych jest tenże sam co i dawniéj. Pierwsza częścmi eści w sobie starannie opracowane przyczynki do topograficznego opisania miasta Frankfurtu nad Menem przez D-ra Aleksandra Spiess'a, które traktują o stosunkach meteorologicznych, stanie i ruchu ludności w wspomnionych latach. Scisły rozbiór rozdziałów o stosunkach meteorologicznych, mianowicie zawartych w nich tablic, i porównanie tychże z odpowiedniemi liczbami takichże samych miejsc, które się cieszą znakomitym rozgłosem jako miejscowości lecznicze, klimatyczne, świadczy o znanych, pomyślnych klimatycznych stosunkach Frankfurtu nad Menem. Jeżeli prócz tego podawana zawsze niska cyfra śmiertelności Frankfurtu od 18—19 na tysiąc, od wielu lat bardziéj się nie wzmogła (w r. 1872 wynosiła 20,9$^0/_0$) to wykazało już sprawozdanie z roku 1867, i niniejsze znowu stwierdzają: „że cyfra śmiertelności pewnego miejsca zależy bardzo od składu ludności,a żeby mogła być uważaną za miarę stanu zdrowia pewnego miéjsca"—twierdzenie. jakkolwiek ono jest prawdziwe, jednak świadomie lub nieświadomie błądzimy pod tym względem.

Druga część sprawozdań rocznych mieści w sobie uwagi lekarskie, i zarazem przegląd zaszłych wypadków śmierci pod względem przyczyny, czasu, wieku i płci według urzędowych wykazów zebrany przez D-ra Aleksandra Spiess'a z odpowiedniem uwzględnieniem śmiertelności w lazaretach wojskowych w r. 1870 i 1871. W dodatku do sprawozdania za r. 1872 podaje szemat dla sformowania wykazów śmiertelności M. Frankfurtu, które zasługują na uwagę z powodu swéj wartości statystycznéj i naukowéj, które z bardzo wielką przezornością i dokładnością zapełniają rubryki o rodzaju i przyczynach śmierci oraz o stosunku mieszkań, (czy pokoje mieszkalne i sypialnie familii są oddzielne lub nie? z ilu pokoi złożone mieszkanie? jak wiele osób zamieszkuje w mieszkaniu zmarłego?).

Również ze sprawozdań D-ra Aleksandra Spiess'a o stanie zdrowia w pojedyńczych latach przytaczamy we względzie śmiertelności dzieci, że zestawienie liczebne wypadków śmierci w 1 roku życia z liczbą urodzeń, jako też z cyfrą żyjących w 1 roku, według sprawozdania za rok 1872 wykazuje, iż w ogólności we Frankfurcie nie ma znacznéj śmiertelności dzieci, i w porównaniu z rokiem zeszłym, r. 1872 przedstawia pomyślne rezultaty. Właściwy wpływ lazaretów wojskowych i tychże chorych tyfusowych na cywilną ludność miasta w r. 1870 i 1871 nie da się sprawdzić. Tylko w miesiącach jesiennych 1870 r. można było przyczynę niektórych wypadków tyfusu wprost odnieść do lazaretów (mianowicie u kilku posługaczy i posługaczek), ale pomimo tego ogólna liczba wypadków tyfusowych zmniejszała się i w ostatnich latach znowu nieco się powiększyła. O umiejscowieniu epidemii tyfusowéj w Bockenheim w miesiącu sierpniu 1872 r. wspomina Dr. Jacobi jun. odnosząc zaród tyfusu do zanieczyszczonego gruntu, lecz zdaje się jednak, że zepsuta woda do picia gra bardzo ważną rolę jako moment usposabiający i ułatwiający wybuch choroby. W sprawozdaniu z r. 1871 znajdują się godne uwagi prace, a mianowicie Dra E. Marcus o działalności zakładu dla pielęgnowania chorych w tymże roku, wiadomość podana, przez Dra Vomel w Instytucie szczepienia ospy utworzonym podczas epidemii ospowéj na wniosek frankfurckiéj rady zdrowia, w którym zaszczepiono ospę ochronną 58 dzieciom a dopełniono rewakcynacyi u 1031 osób, wreszcie przyczynek do historyi rozwoju krótkowzroczności oparty na starannem zbadaniu oczu uczniów gimnazyum frankfurckiego przez Dra S. Krüger'a.

Z pomiędzy szpitali i należących tu zakładów pierwsze miejsce jak i dawniéj zajmuje sprawozdanie szpitala S-go Ducha, za rok 1870 i 1871 przez Dra Jeżego Warrentrapp'a, który w dawniejszych sprawozdaniach kommunikował publiczności lekarskiéj owoce swéj długoletniéj szpitalnéj działalności, w r. zaś 1872 kierunek nad oddziałem lekarskim i sprawozdanie roczne z tegoż powierzył Drowi Wiesner, gdy tymczasem oddział chirurgiczny prowadzony dawniéj przez Dra Fabriciussen. objął Dr. Harbordt. Ten ostatni w specyalnem sprawozdaniu za r. 1871 uważa spokój za pierwszy i najważniejszy środek leczniczy w chirurgii zarówno spoczynek całego organizmu w łóżku, jako też spokojne ułożenie pojedyńczych

części, i wychwala czystość jako drugi najważniejszy pomocniczy środek w chirurgii. Dla zachowania czystości, nie zaś jako broń walczącą przeciw zarodkom i pleśniom, uważa stosowanie środków dezynfekcyjnych: kwas karbolowy w roztworze wodnym lub olejowym, i wodę chlorową, która w wypadkach znacznych ran z posokowatą wydzieliną i obfitą zgorzelą tkanek, oddawała lepsze usługi niż kwas karbolowy. We względzie terapeutycznym należy wspomnieć o użyciu wodanu chloralu w wielkich dawkach (od 10—15 grmm. i więcéj w ciągu 1—2 dni) u dotkniętych obłędem pijackim (*delirium potatorum*) z zupełnie dobrym skutkiem, i pomyślne działanie półtorochlorku żelaza przeciw ranom zgorzelinowym, nad którą to nazwę. Dr. Harbordt we względzie etiologicznym przekłada zdradliwą nazwę „zgorzeli szpitalnéj" jako malującą więcéj obraz chorobny ze strony anatomii patologicznéj. Przegląd wypadków chorobnych w oddziałach zewnętrznych i wewnętrznych jako też przegląd dokonanych operacyj należy do sprawozdań specyalnych. Dr. Jan Schmidt i Dr. Passawant dają przegląd z oddziału terapeutycznego i chirurgicznego Szpitala Senckenbergischen Bürgerhospitals; Dr. Carl Lorey zdaje sprawę ze szpitala dziecinnego Christ'a, z przytoczeniem licznych historyi chorób i ścisłem badaniem pośmiertném. Przy zapaleniu opłucnéj u dzieci (*pleuritis*), z uwagi niepomyślnego zejścia prawie wszystkich wypadków, przebicie ściany klatki piersiowéj (*Paracenthesis*) uważa za wskazane w wypadkach nie przedstawiających żadnéj nadziei, w których skutkiem téj operacyi męczące zatchnienie chwilowo tylko może być złagodzone. Przy kokluszu (*tussis convulsiva*) był zadawany chloral. O leczeniu tyfusu sprawozdanie z roku 1871 mówi„ chociaż tyfus u dzieci nierównie rzadziéj niż u dorosłych wpośród groźnych objawów przebiega, i w wielu wypadkach wystarcza tylko leczenie wyczekujące, należy jednak z samego początku zalecać kąpiele z powodu pomyślnego skutku i łatwego tychże zastosowania, często bowiem tym sposobem udaje nam się osięgnąć nie tylko chwilowe obniżenie ciepłoty, ale często także skróceniç okresu gorączkowego." Sprawozdanie z r. 1872 przytacza 2 wypadki 13letniego chłopczyka i 12 letnią dziewczynkę u których obok kąpieli znaczniéjsze dawki chininy (*0,5 grmm. pro die*) sprowadzały zawsze na pewien czas obniżenie ciepłoty aż do 2^0 C. Przy leczeniu krzywicy (*rhachitis*) było w użyciu połączenie chininy i taniny *cum Calcaria phosphorica* zamiast dawniéj zalecanych proszków, łatwo wywołujących biegunkę, do których wchodziło *ferrum lactic. Magn. carbon. i Calcaria phosphorica.* Przeciw krzywicowemu skrzywieniu klatki piersiowéj zaleca Dr. Lorey ze stanowczo pomyślnym skutkiem systematyczne leżenie na krzyżu. Powstawanie zaś tejże objaśnia (sprawozdanie z r. 1872) znalezieniem przy badaniu ściany klatki piersiowéj dzieci na krzywicę zmarłych, oprócz nabrzmienia końców mostkowych żeber czyli tak zw. sznurka pereł, równoczesnego zgrubienia końców kręgowych żeber, i ich powiększeniem; przy małéj wysokości ciał kręgów w pierwszych latach życia, ruchliwość żeber w wysokim stopniu bywa zmniéjszona a nawet w wypadkach, gdy węzły (*Knoten*) pojedynczych żeber z sobą się stykają, prawie nie możebna.

„Kości żebrowe przy krzywicy nie miękną i nie mogą ustępować, a tylko ściągają jakby kleszczami boczne powierzchnie dolnych zrazów płucnych. Przy wdechaniu płuca się rozszerzają, kosztem najsłabszego miejsca, a zatem podatnego połączenia pomiędzy kością i chrząstką żebrową. W tem miejscu tworzy się zwykle kąt otwarty na zewnątrz, gdy tymczasem mostek i łącząca się z nim chrząstka żebrowa przy każdem wdechaniu poruszają się ku przodowi, gdy tymczasem żebra kostne przy oddechaniu mało co lub w zupełności nie zmieniają swego położenia. Wkleśnięcie wdechowe tém wyraźniejsze będzie, im w młodszym wieku i z większem natężeniem będzie dotknięte dziecko krzywicą, gdyż u starszych dzieci znaczniejsza wysokość ciała kręgów i obrzmienie końców żebrowych stanowi mniejszą przeszkodę dla ich ruchliwości. W ten sposób możnaby objaśnić często spostrzegane fakty, że zapadanie się ściany klatki piersiowéj ginie, jak tylko dziecko krzywicę przebyło, gdyż wtedy obrzmienie się zmniejsza albo też w skutek ogólnego wzrostu organizmu ustaje, co zdaje się być hamulcem dla poruszania się żeber.

Po przytoczeniu liczby przyjętych chorych i t d. przez Dra Karola Lorey do zakładu położniczego Dra Christ'a i von Mühlen'a, oraz do miejskiego zakładu położniczego przez lekarza miejskiego Dra Crailsheim'a następują wyborne sprawozdania Dra Aleks. Knoblauch'a z ogromnego szpitala Ś-o Rocha w Frankfurcie, zebrane według podań lekarzy szpitalnych w r. 1872 przez Dra J. de Bary. Tylko sprawozdanie z r. 1870, jak to wspomina sam Dr Knoblauch, odpowiednio do sprawozdań dawniejszych i stosownie do przeznaczenia szpitala Ś-o Rocha, jako szpitala dla przymiotowych i ospowatych, zawiera ważne wiadomości na doświadczeniach lekarzy szpitalnych oparte, mianowicie we względzie obu rodzajów wspomnionych chorób.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

W Drukarni Gazety Lekarskiéj. Ulica Ś-to Krzyzka Nr 1343 (nowy 9). Дозволено Цензурою.